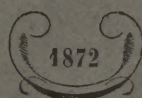
THESE

DO

DR. CARLOS SCHMIDT

Bahia

DA OPERAÇÃO DA CATARACTA.

THESE

APRESENTADA E SUSTENTADA

PARA

VERIFICAÇÃO DE TITULO

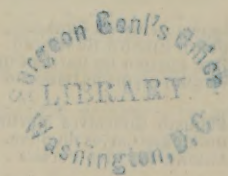
PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

POR

Carlos Schmidt

Natural de Chrudim em Bohemia,

Doutor em medicina, cirurgia e arte obstetricia pela Universidade de Vienna

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1872

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O Ex.^{mo} Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.° ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
	2.° ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.° ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.° ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.° ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.° ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura	Clinica externa do 3.° e 4.° anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.° e 6.° anno.

OPPOSITORES.

. . . .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha	
Pedro Ribeiro de Araujo	
José Ignacio de Barros Pimentel	
Virgilio Clymaco Damazio	
. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins	
Domingos Carlos da Silva	
Antonio Pacifico Pereira	
. . . .	
. . . .	Secção Medica.
. . . .	
Ramiro Affonso Monteiro	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DA OPERAÇÃO DA CATARACTA

DISSERTAÇÃO.

Tendo em consideração os progressos da medicina moderna, é de suppôr que medico nenhum mais emprehenderá por meios therapeuticos—sem fazer a operação—a reabsorpção das opacidades já adiantadas da lente ocular.

Tudo o que se dizia a respeito da cura espontanea da cataracta se explica, considerando que o cristallino opaco, ou por synchese do humor vitreo ou por influencia d'uma força exterior, se desprende do corpo ciliar, precipitando-se no humor vitreo ou na camara anterior, onde é reabsorvido, sem que por ventura o olho soffra damno algum.

O que fica dito do desapparecimento da cataracta, mediante um tratamento externo ou interno (por applicação de preparados de mercurio ou iodo, electricidade, aguas de Karlsbad, etc.) deve semelhante resultado ser considerado como illusão, ou antes devido á uma diagnose imperfeita, confundindo com a cataracta os depositos desenvolvidos sobre a capsula anterior do cristallino, os quaes resultão da irite.

O processo nutritivo do cristallino, o qual, não tendo notoriamente nem vasos, nem nervos, recebe a sua nutrição por transfusão da agua das camaras e do humor vitreo, torna evidente tanto a difficuldade d'uma resorpção das partes de cristalino opacas em consequencia da metamorphose regressiva, como o desenvolvimento progressivo das cataractas, principalmente em pessoas idosas.

Feita uma vez a diagnose da cataracta é preciso recorrer á operação,

afim de removel-a. O tempo da operação ha de ser differente, conforme á qualidade da cataracta e mesmo ao methodo da operação que se quer applicar, e é sujeita á uma alteração em proporção das condições existentes fóra do cristallino—o estado do olho em geral, estado geral do doente, circumstancias hygienicas locaes, etc.

Pela demora e escolha do methodo operatorio, tenciona-se obter as condições mais favoraveis, para afastar a lente opaca e facilitar aos raios luminosos a sua penetração até a retina.

No seguinte tratado exporemos os methodos da operação ahi tendentes e hoje applicados, dando sobre as indicações delles e a probabilidade de bom effeito, appreciações resultantes de numerosas observações feitas nas clinicas oculisticas de Vienna.

Extracção da cataracta pelo methodo de retalho.

Este methodo é o mais velho dos da extracção da cataracta e de todos mais applicado desde Daviel (Marseille 1742) até uma epocha ainda bem recente.

Presentemente as suas indicações são em alto gráo limitadas pelo methodo linear de Graefe. Segundo o methodo de retalho, forma-se um retalho semilunar, intromettendo-o ou na cornea ou na sclerotica perto da circumferncia da cornea, depois fende-se a capsula da cataracta e desliga-se esta pelas manobras conhecidas.

Na extracção pela incisão da cornea, sendo as palpebras bem fixadas pelo ajudante, sem comtudo, se fôr possivel, immobilisar o bulbo por uma pinça dentada, com a faca triangular de Beer penetra-se a cornea em sua parte externa, junto da circumferencia da cornea, em baixo do diametro horizontal della.

Penetrando a espessura da cornea a faca, tendo o gume para baixo, deve ser avançada parallelamente ao plano pupillar pela camara anterior até o ponto da contrapuncção, o que deve ser em altura igual á abertura da incisão.

Em seguida fica a faca dirigida em diante com traço igual, e retalha-se

de modo que o limite inferior da ferida receba o seu logar muito perto do limite da cornea, porém dentro della.

O segundo tempo da operação é constituido pela kystitomia com uma agulha de fouce com costa obtusa se rasga a capsula do cristallino sem lesar o iris.

O ultimo tempo tem por fim a expulsão da cataracta. Geralmente a lente se desliga agora espontaneamente. Se isto não succeder, effectua-se mediante a cureta de Daviel uma pressão branda sobre a metade superior da cornea; raras vezes necessita-se repetir tal manobra.

Tendo o operado descançado alguns segundos com as palpebras fechadas, cuida se fazer com o dêdo indicador e o dêdo maximo movimentos brandos e circulantes na superficie do bulbo, para fazer entrar por contracção do iris os restos da cataracta no campo da pupilla, os quaes apparentes ficão recolhidos e tirados mediante a cureta de Daviel. Somente no caso da necessidade ajuda-se a expulsão da cataracta com uma pinça de iris. É evidente que o operador alguns dias, depois da operação—dous ao menos, se for possivel, cinco deve ficar deitado na cama immobilisando-lhe ambos os olhos por meio da ligadura compressiva, e observar principalmente as vinte e quatro horas seguintes á operação a maior tranquillidade possivel. Sabemos que nos casos favoraveis a reunião dos bordos da ferida effectua-se algumas horas depois da operação.

Si se quer collocar o retalho para cima, procede-se, *mutatis mutandis*, da mesma maneira. Este modo de operação fica o mesmo, quando se forma um pequeno retalho; julgo desnecessario observar que o tamanho do retalho deve ser conforme o do nucleo da cataracta.

Quando se collocar o retalho na sclerotica (methodo praticado agora só por Jaeger) faz-se penetrar a faca de Beer n'um ponto collocado 1 até 2 Mm. atraz do limite da cornea na sclerotica, n'um ponto collocado 4 Mm. ácima do diametro horizontal, retalhando para cima. Nos outros pontos a operação é a mesma.

O methodo de retalho offerece uma ferida com labios entre-abertos, pela qual mesmo uma cataracta que tenha soffrido totalmente a metamorphose da sclerose, sahe facilmente sem lesão dos angulos da ferida, quer pela pressão só do humor vitreo, quer pela applicação de manipulações e instrumentos proprios.

Se o tamanho do retalho corresponde ao da cataracta, não se despenderá muito das substancias corticaes, na occasião de passar a cataracta

pela ferida. Em uma palavra, se o caso respectivo e appropriado para o methodo, a operação por meio de retalho, supposto que o operador tenha bastante pratica terá o mais prompto successo, attendendo que não se precisa de introduzir instrumentos na ferida tantas vezes, quantas tem logar na extracção linear. A ferida na cornea se fecha geralmente por primeira intenção, achando-se algumas horas depois da operação os bordos da ferida já bem ligados. Na clinica de Hasner, em Prague, eu tinha no anno 1864 muitas vezes o prazer de convencer-me deste facto na occasião dos experimentos do celebre oculista que tendião á substituir a paracenthese da cornea á iridectomia, afim de diminuir a pressão intraocular nas inflammações do olho.

A exsudação se organisa muito de pressa em um tecido cicatrisado.

É evidente que os bordos da ferida devem ficar bem adoptados, e que nada do humor vitreo se deve desprender; tendo-se porém desligado grande parte do humor vitreo, ou tendo ficado uma parte do iris encravada na ferida, então a reunião dos bordos por primeira intenção torna-se impossivel, a ferida deve-se fechar por meio da supuração, extendendo-se geralmente a inflammação sobre a cornea de modo que no caso mais favoravel o operado fica com grande opacidade da cornea, no caso contrario perde o olho por panophthalmitis. É de lastimar que justamente no methodo de retalho a possibilidade da extravasação do humor vitreo por causa do tamanho da ferida se mostra maior do que na secção linear.

Si se colloca o retalho na sclerotica o perigo da suppuração da cornea parece theoricamente menor, sendo a sclerotica pouco vulneravel, emquanto consta que acontece muito mais ainda extravasação do humor vitreo e que em consequencia disto resultão opacidades inflammatorias do humor vitreo, cuja resorpção exige mezes e ás vezes nunca tem logar.

A suppuração da cornea é notada mesmo em casos, nos quaes se procedeu tudo regularmente na operação, sendo o retalho correspondente em seu tamanho ao nucleo da cataracta;—sendo impossivel uma lesão dos angulos da ferida no acto da expulsão da lente;—tendo-se o operado conservado completamente tranquillo durante e depois a operação, tendo sido o retalho adaptado exactamente, e tendo a lente sahido in totum de modo á não se poder suppor, que partes do humor vitreo ou restos da cataracta se intromettessem entre os bordos da ferida para causar uma irritação da qual resultasse a inflammação. É hoje fóra de qualquer duvida, que a inflammação da cornea é primaria, tomando sempre seu principio dos bor-

dos da ferida extendendo-se em casos desfavoraveis na forma d'uma zona ao redor da cornea e suppurando depois a parte situada dentro da zona. Succedeu á Schweigger (vide os Graefes klinische Monatblatter 1863 p. 198) fazer a secção n'um caso, em que a cornea era totalmente suppurada, a iris e choroide se achando n'um estado plenamente normal.

Cada medico provecto em taes praticas sabe, que pessoas idosas com forças reduzidas, cujas arterias são muito rigidas e cuja pelle delgada como papel, tendo perdido sua elasticidade, no dorso da mão está coberta com rasgamentos finos da epiderme, não podem senão ter pouca esperança de ver fechadas as suas feridas por primeira intenção. Em taes individuos ha grande perigo da suppuração da cornea em caso de extracção por meio de retalho. Comtudo não posso conforme ás minhas observações ligar ao gerontoxon muito desenvolvido em taes individuos tanta importancia, quanta geralmente se liga. Vi em bastantes casos praticar em olhos como gerontoxon manifestamente declarado a extracção á retalho com bom successo. Considerados estes casos excepcionaes, é incontestavel que estas excepções acontecem muitas vezes.

Ainda que menos perigosas comtudo muito mais apparecem as inflammações do iris que se desenvolvem ordinariamente entre o quarto e decimo dia depois da operação e causando synechias, occlusão da pupilla, iridochorioiditis com tisica do olho. A irite fica occasionada tanto pela lesão do iris durante a sahida da cataracta, como pela irritação do iris pela introducção dos instrumentos na cavidade do olho para tirar a cataracta, depois por ficarem ainda restos corticaes e finalmente pelo prolapso do iris na ferida. Para diminuir os perigos, que traz comsigo uma irite intensa, combinou-se a secção do retalho com a iridectomia, uma combinação, que Mooren e Jaeger fizerão cada vez praticando a extracção de retalho. Julgar-se-ha difficil a decisão, se em tal caso as vantagens que resultão da iridectomia para o olho operado, são maiores, do que as desvantagens, que motiva o colloboma artificial—deslumbramento, diminuição da acuidade visual por causa dos circulos de diffusão.

Em comparação com os outros methodos da operação da cataracta a extracção de retalho mostra tambem a desvantagem que o tratamento subsequente hade ser muito mais rigoroso.

Concedo que se principiou desde alguns annos a ser menos rigoroso no que diz respeito aos preceitos de dever conservar-se o operado absolutamente tranquillo os primeiros dous dias, de ficar elle deitado na ca-

ma durante cinco dias e de impedir absolutamente que raios luminosos penetrem no olho os primeiros seis ou dez dias.

Coursserant condemna mesmo decididamente que o operado fique dias inteiros immovel, sendo isto contra as maximas geraes da physiologia e dando logar facilmente ás congestões cerebro oculares em consequencia de ficar por isso anniquilada plenamente a acção dos musculos, indispensavelmente necessaria para a circulação normal. (Wiener medizinische Wochenschoiff 1865. N. 88).

A melhor prova que a retina não tendo funccionado annos inteiros não é tanto sensivel á impressão da luz, como se suppoz antes, é dada por Jacobson, pelo que os doentes nos quaes a operação foi praticada, quando se apresentão symptomas ameaçadores, por elle ficão examinados já nas primeiras dez horas pela luz obliqua concentrada. (Stellwag, Lehrbruch der Augenheilkande p. 663).

Durante o espaço de annos eu vi observar precauções mais minuciosas para que os operados ficassem n'um estado pouco mais ou menos immovel ou dous dias seguintes á operação, e quinze dias n'uma sala obscurecida, bem ventilada, somente em caso de necessidade ousou se affastar dos preceitos provados. Assim eu não tive occasião de convencer-me do successo, procedendo-se d'uma maneira contraria.

E mesmo a estatistica dos casos respectivos não poderá esclarecer as diversas opiniões a tal respeito, em consideração, que ella fornece numeros de mais differentes. É muito importante a habilidade do operador, as circumstancias hygienicas do logar,—geralmente estas operações tem logar n'um hospital e a constituição do operado, mesmo se a cataracta é da mesma natureza approximadamente.

Assim acontece, que de 15 operados pelo mesmo operador 1 perde o olho por panophthalmite, 3 por irite e iridochorioidite, os outros recobrão a vista, alguns destes depois de se terem sujeitado á operação da cataracta secundaria, que se tem formado, (Stellwag) emquanto outros operadores entre 10 ou 20 operados tem o mesmo numero d'aquelles que perdem a vista. (Arlt, Hasner.) Em 1600 casos operados pelo methodo de retalho Graefe teve 7 % de successos completos, 13 % de successos imcompletos.

Segundo minha experiencia ha de ligar-se tambem grande importancia ás condições telluricas. Succedeu poder fazer a observação, que durante mezes inteiros, exceptuados poucos casos, quasi todos os doentes, ope-

rados na cataracta, se curarão, mesmo aquelles que soffrerão extravasação importante do humor vitreo, ficando além disso uma quantidade significante da substancia cortical; chegavão outros mezes e os successos das operações, praticadas pelos mesmos operadores celebres, Jaeger e Arlt, erão bastante desfavoraveis. Não logrei apezar de todos os meus esforços e da minha disposição a tal respeito descobrir, si reinasse no hospital um genius inflammatorius.

Além disso praticou-se no anno 1869 na clinica de Jaeger em todos os casos de modo algum appropriados a tal methodo a extracção de retalho para cima combinada com iridectomia, e na clinica de Arlt a extracção linear modificada por Graefe; e o numero dos curados era quasi o mesmo em cada uma das duas clinicas.

Me cumpre notar ainda, que Jaeger praticou a operação sobre os doentes assentados, feita a operação o doente ajudado por guardas ia para outra sala, onde se achava a sua cama; emquanto que Arlt conforme o costume de quasi todos os ophthalmologistas, praticou a operação sobre os doentes deitados na cama, que não foi mais deixada por elles senão passado dias.

A respeito das indicações da extracção de retalho convem observar que este methodo hoje só fica applicado; 1.º ás cataractas com grosso e denso nucleo e por isso principalmente ás cataractas senis, 2.º ás cataractas corticaes e ás molles pancataractas, no caso que o nucleo é mais denso do que as partes corticaes, 3.º ás cataractas traumaticas, se ellas inchão e se a irite, que resulta, não cede á uma antiphlogose energica; finalmente, 4.º ás cataractas ou lentes que tendo cahido na camara anterior irritão o olho.

Extracção linear.

Este methodo de operação descripto primeiramente por Palucci no anno de 1750, porém raras vezes applicado até ao fim de 1840 e ha alguns annos modificado por Graefe tem a maior probabilidade de supplantar os outros modos de extracção.

Esta operação pratica-se technicamente do modo seguinte: extracção linear simples, conforme o methodo de Jaeger.

Tendo sido a pupilla dilatada quanto fôr possivel mediante atropina, opera-se na face temporal da cornea n'um ponto collocado 2 Mm. distante da circumferencia da cornea uma incisão de 4 a 5 Mm. de comprimento feita na cornea mediante uma faca em forma de lança recta. Fende-se depois com uma agulha em forma de fouce a capsula, em consequencia da qual acção as cataractas mollificadas, glutinosas geralmente se desligão espontaneamente. O que fica da cataracta tira-se mediante a cureta de Daviel com as manipulações prescriptas pela arte; os restos da capsula se extrahem com uma pinça de Fischer ou o ganho do iris.

No caso d'uma cataracta siliquata ou catarata secundaria introduz-se um gancho de iris immediatamente depois a incisão inganchando-o na capsula perto do bordo interno e voltando-o brandamente ao redor do seu eixo, para que não se desprenda facilmente e dirigindo-o com cautela contra a ferida feita por incisão. Geralmente toda a cataracta faz agora o mesmo movimento e sahe em sua capsula pela ferida.

Se o gancho se desprende, quasi sempre se alcança o fim com a pinça de iris, porque mediante esta pode-se prender mais seguramente a cataracta.

Se a operação não fica interrompida por causa de um prolapso de iris, o que raras vezes acontece posto que não se empregue força demais na applicação do gancho e da pinça e que o operado não seja reluctante, então geralmente o operador succede tirar d'uma maneira facil e prompta quasi todo a catarata.

Complicação desagradavel com a operação é o prolapso do iris. Por um maneje habil da faca na occasião de tiral-a da ferida da cornea é possivel impedir-se que a agua das camaras se precipite mais depressa, e faz entrar o bordo da pupilla na ferida,—notoriamente a pupilla sempre se estreita muito no momento em que a agua sahe das camaras; se depois o iris é impellido pelas substancias cataractaes na ferida, quasi sempre logra-se repôl-a por fricções brandas das palpebras, irritando assim o sfincter do iris para contracções ou com a cureta de Daviel.

No caso contrario, corta-se o prolapso com uma tesoura atropinisando-se depois o olho.

A secção linear é indicada em cataractas completamente mollificadas ou de tal modo estreitadas que ellas sem irritar os bordos da ferida pas-

são por uma ferida de 4 Mm. de comprimento i. e. nas pancataratas mollificadas e glutinosas sem nucleo duro, nas cataractas traumaticas da mesma qualidade e nas cataractas estreitadas sem nucleo principalmente nas cataractas siliquatas e secundarias.

Este methodo é o menos arriscado de todos os methodos de extracção, porque em consequencia de ser a ferida pequena o perigo de suppuração da cornea é menor.

Se ha motivos de receiar irite forte depois da operação combina-se este methodo com iridectomia, o que comtudo somente se deve fazer exceptionalmente, quando a expulsão da cataracta foi difficil e necessario introduzir algumas vezes instrumentos para este fim, por causa dos deslumbramentos muito incommodativos que resultão do coloboma artificial. O tratamento depois da operação, é muito simples, o doente só deve ficar dous dias na cama, os receios dos perigos resultantes dos movimentos subitaneos do doente depois de se ter feito extracção de retalho, são insignificantes. As proporções estatisticas dos successos do methodo são muito mais favoroveis do que as da extracção de retalho.

As vantagens do dito methodo de uma parte e o perigo da suppuração da cornea na secção de retalho de outra parte motivão a adopção geral da modificação do methodo por Graefe (Archiv. für Ophthalmologie XI 3, e XII 1).

O technico da operação é o seguinte:

Sendo as palpebras seguradas pelo ajudante o operador fixa o olho por uma pinça de dentes fazendo depois a incisão mediante a faca de Graefe, o gume para dentro e para cima, n'um ponto collocado mais ou menos 1 até 2 Mm. embaixo d'uma tangente traçada horisontalmente pelo limite superior da cornea e distante 1 Mm. do bordo da corne. Tendo a faca penetrada na camara anterior, promove-se horizontalmente e penetrando a sclerotica em altura igual ao ponto da entrada, dirige-se o gume para antes para cortar a sclerotica e conjunctiva.

Como na extracção de retalho tem logar tambem neste methodo intervallos entre os momentos da operação, durante os quaes o operado deve fechar os olhos e descançar.

Introduzindo depois o dilatador palpebral de ramos encruzados (Snowden) faz-se iridectemia tomando cuidado de cortar o iris junto da ferida.

Afastado o dilator, fende-se depois em diversas direcções a capsula mediante um kystitomo. Se agora a cataracta não se desliga espontaneamente

é preciso fazer uma pressão branda sobre a parte inferior do globo ocular, puxando um pouco a pinça fixadora, e formando a ferida meio aberta por pressão leve sobre o bordo superior da ferida, mediante a cureta de Daviel, ou praticar a manobra do recarregamento. Geralmente desliga-se a cataracta de modo que ella facilmente pode ser pegada e tirada pela cureta ou por um gancho. Se desta maneira porém não vai, deve-se introduzir na ferida, sendo o nucleo grande e duro, um gancho obtuso ou a cureta de Critchett e tirar fóra a cataracta.

O que fica das substancias da cataracta ou das partes da capsula opaca, ha de ficar tirado como se usa fazel-o na simples extração linear, depois limpa-se a ferida e applica a ligadura compressiva sobre ambos os olhos. O tratamento subsequente é o mesmo como na secção de retalho, só com a differença que não ha necessidade de observal-o com tanto rigor por existir perigo menor a respeito da reabertura de uma ferida linear do que de uma ferida de retalho.

É evidente que o tamanho da ferida da operação depende do tamanho do nucleo da cataracta.

Somente em casos excepcionaes—opacidades da cornea, etc.—devia se fazer incisão para baixo.

Sabemos que o olho, em virtude das condições da inserção dos seus musculos, tem a tendencia de volver-se para cima e para dentro; por isso a incisão e a iridectomia para baixo é mais facilmente praticavel. Faltando ao doente a intelligencia necessaria, torna-se mister immobilizar o globo ocular, mediante uma pinça de dentes com muita força, para poder introduzir instrumentos na ferida. Conforme as maximas elementares da cirurgia, é claro que quanto menos o olho durante a operação tem sido castigado, tanto maiores são as probabilidades d'um bom exito. Em olhos, situados profundamente nas orbitas, as manipulações da secção para cima tornão-se ainda mais difficeis.

Em outro respeito, o operado com iridectomia para baixo tem muito a soffrer, em consequencia dos deslumbramentos, em quanto a iridectomia para cima offerece a vantagem que a maior parte do coloboma artificial fica coberta pela palpebra superior, de modo que os incommodos do deslumbramento desvanecem; pelo que segue que vale a pena de não receiar o trabalho d'uma operação mais custosa e de praticar a secção com poucas excepções para cima.

As indicações da secção linear, modificada, coincidem completamente

com as da extracção de retalho. Em pancataractas duras, com nucleo grande, parece ser preferivel, ás vezes, o methodo de retalho.

Em todos outros casos, principalmente quando se deve suppôr que as substancias corticaes são muito adherentes á capsula, a secção linear modificada ha de ser preferida á extracção de retalho.

O manejo da faca de Graefe não é difficil. A iridectomia applicada em todos os casos—nos outros methodos só excepcionalmente, por exemplo, ás synechias posteriores, torna a sahida da cataracta mais facil, diminuindo o perigo da iridochorioidite, e permittindo, além disso, ao operador, afim de tirar a cataracta mais vezes do que é licito no methodo de retalho, introduzir instrumentos na ferida; raras vezes acontece a perda do olho por suppuração da cornea, em virtude de ser a forma de ferida quasi linear e a ferida collocada na sclerotica. A respeito da extravasação do humor vitreo, que acontece bastantes vezes, é preciso notar-se que este no methodo de retalho ainda mais tem logar, e que, conforme ás opiniões de hoje, os receios dos antigos a respeito do prolapso do humor vitreo são exaggerados; é verdade a perda de uma grande parte do corpo vitreo causa opacidades inflammatorias, em consequencia da extravasação do sangue dos vasos da choroide, e decremento da vista, porém a extravasação de uma parte pequena do corpo vitreo separa não só do campo pupillar os restos corticaes, parece diminuir tambem os perigos da irite, synechias, occlusão da pupilla, cataractas secundarias, a vista torna-se por isso mais aguda. Estas experiencias destinarão Hasner de propor nas extracções da cataracta em logar de iridectomia uma puncção no humor vitreo (Klinische Vorträege p. 235. et segu.)

A estatistica dos casos operados, segundo este methodo, é a mais favoravel de todas, entre 100 olhos ao mais tres perdem a vista, 90 a recobrem inteiramente, sette ficão com agudeza da vista menos perfeita (Graefe.)

Discissão da cataracta.

O fim deste methodo é de effectuar pela abertura da cavidade da capsula o accesso do humor aquoso para as substancias da cataracta, as quaes, conhecidamente pelo contacto com o tumor aquoso, se desfazem e mais ou menos ficão absorvidas.

Pratica-se a operação ou pela cornea (discissio por keratonyxin) ou pela sclerotica (discissio por Scleronyxin.)

Na keratonyxe mette-se a agulha de Dalrymple, depois de se ter dilatado a pupilla por meio de atropina, no meio do quadrante exterior e inferior da cornea, atravessando-a verticalmente, e levando a agulha adiante contra o bordo opposto da pupilla corta-se a papsula por incisão crucial.

Na Scleronyxe se mette a agulha de Beer n'um ponto collocado 3 Mm. detraz do limbo da cornea, e 3 Mm. debaixo do meridiano horizontal da cornea pela sclerotica no corpo vitreo, sendo os fios da agulha dirigidos para diante um e outro para detraz, voltando depois o cabo da agulha para diante introduz-se pela peripheria da cataracta na camara anterior e na mesma direcção até ao bordo opposto da pupilla. Então fica a agulha —o plano della—debaixo d'uma pressão sucessivamente crescente de vagar movida contra o corpo vitreo. A agulha reconduz-se depois na camara anterior para rasgar os restos da capsula anterior e fender os restos da substancia cataractal retidas ainda na pupilla (methodo de Stellwag.)

O ultimo methodo não differe muito d'um outro methodo conhecido debaixo de nome abaixamento—reclinatio,—no qual se se tenciona virar e collocar a cataracta no corpo vitreo e não destruil-a.

Este methodo, conhecido já por Celsus, foi applicada até poucos annos nas cataractas senis com grande nucleo, sendo a cortiça delgada e tenaz. Como nestes casos o methodo de retalho ou da secção linear modificada pode ser bem applicado, e manifestando-se a estatistica dos casos operados por methodo de abaixamento ainda muito mais desfavoravel do que as dos methodos da extracção, o methodo foi lançado geralmente fóra do uso, principalmente pela auctoridade de Graefe, que demonstrou que a

pressão da cataracta restante mais cedo ou mais tarde conduz á perda da vista por iridochorioidite (Archiv f. ophttalmologie I. 2. 1856 e II. I. p. 273.)

Em casos de cataracta com as massas corticaes mais espessas, um successo desfavoravel, depois o abaixamento é ainda mais certo, ficando demasiadamente substancias corticaes na camara posterior, esfoladas aos bordos da ferida do corpo vitreo na occasião de entrar nella.

Quanto ao tratamento subsequente á operação nos casos proprios para abaixamento não é preciso ser muito rigoroso mesmo depois de ter praticado a extracção, porque nada ficou no olho dos restos corticaes.

Por isso o operado pelo methodo da extracção linear modificada não soffrerá muito mais incommodo pelo tratamento, do que o operado pelo methodo de abaixamento.

A discissão da cataracta é praticada em cataractas de molle consistencia, as quaes tem logar regularmente na idade juvenil, na qual notoriamente o olho mais facilmente supporta a irritação dos restos da cataracta encravados na camara anterior. Os casos mais apropriados para a discissão são pancataractas liquidas ou glutinosas, nas quaes a densidade das partes nucleares não differe muito das partes periphericas.

Como consta o cristallino se desenvolve d'um modo excentrico, crescendo na mesma direcção pela opposição das novas cellulas canudas até o tempo da puberdade, emquanto a condensação do contendo das cellulas mostra um incremento até o fim da vida. As partes da cataracta proximas do centro da lente ficão pela influencia da agua das camaras mais inchadas do que as partes periphericas. Por isso este methodo é menos applicavel á cataractas nucleares molles e cataractas perinucleares.

As substancias da cataracta ás vezes inchão-se muito depressa nos taes casos, resulta iritis com synechias, posteriores, occlusão da pupilla, chorioidité e mesmo panophthalmitide. Seria inexculpavel praticar a discissão nas cataractas nucleares duros e ainda mais nas pancataractas com nucleo denso. As vezes debaixo de circumstancias especiaes a discissão se presta bem applicavel ás cataractas secundarias, principalmente se ellas se mostrão na forma da opacidade da capsula posterior, porque praticando a extracção linear, se ha diffusão do humer vitreo, o bom successo da operação neste caso corre perigo por causa do prolapso do humor vitreo.

A avantagen principal deste methodo é que a operação é muito bem

praticavel sem um ajudante experto, e como não é preciso ter medo de prolapso do iris ou do humor vitreo, em consequencia da pressão o methodo é bem praticavel nas crianças. Si se quer operar mediante a narcose o que é as vezes desejavel quanto ás crianças, não ha motivos de temer-se durante a chloroformisação movimentos ou reluctancia dos operados.

O que diz a respeito do tratamento subsequente é evidente, que não desagradará ao operado de ser posto só por algumas horas na necessidade conservar-se tranquillo; quanto as crianças prefere-se a discissão á secção linear *cæteris paribus* porque é permittido de deixar ellas immediatamente depois da operação andar n'um quarto escuro.

A desvantagem mais importante consiste tanto na longa duração exigida pela cura a discissão quasi sempre ha de ser repetida algumas vezes, como finalmente—e isto é ponto mais consideravel,—em que a agudeza da vista do olho restabelecido muitas vezes não corresponde ao que se esperava, sendo esta experiencia demais das vezes feita principalmente na operação das cataractas perinucleares.

Resumido tudo obteremos o resultado que para o fim de remover a cataracta de maior circumferencia a extracção linear modificada por Graefe ha de ser praticada e preferida á secção de retalho; que a simples extracção linear sem ou com iridectomia fica applicada ás cataractas, cuja sahida exige uma ferida menor; que a discissão pela cornea ou sclerotica deve ser praticada só em casos excepcionaes, si se apresentam as indicações ácima ditas; e que finalmente o methodo do abaixamento ha de ser abandonado.

PROPOSIÇÕES

Physica—I. O equivalente endosmotico não é sempre o mesmo, mas sim depende do gráo da concentração dos liquidos.

Chimica—II. A reação acida da urina normal do homem provem da existencia de saes phosphoricos acidos.

Botanica—III. Os movimentos das partes dos vegetaes estão debaixo da influencia da gravidade, da luz e irritações externas.

Anatomia descriptiva—IV. Os corpusculos malpighianos nos rinos constituem verdadeiros plexos maravilhosos.

Physiologia—V. A principal causa da presbyopia é que o cristallino em olhos velhos está inteiriçado.

Anatomia pathologica—VI. O processo da cicatrisação de nervos effectua-se pela formação de verdadeira substancia nervosa.

Pathologia geral—VII. A inflammação de tecidos, que não contem vasos, é complicada com neoplasia de vasos, que originão-se dos vasos dilatados da visinhança.

Pathologia externa—VIII. As feridas do ventre, ainda que complicadas com prolapso e lesão dos intestinos, não são absolutamente lethaes.

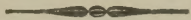
Pathologia interna IX.—Pode-se motivar todos os symptomas da chlorose pelo estado oligocythaemico do sangue dos doentes.

Partos—X. O aborto habitual é muitas vezes causado por syphilis e curavel.

Medicina operatoria—XI. O melhor methodo da operação do staphyloma é o de Critchett.

Medicina legal—XII. Não sempre pode-se do estado, que mostrão na autopsia o cerebro e suas meninges tirar um resultado certo á respeito das funcções psychicas.

Materia medica—XIII. O chloroformio empregado nas operações é mais adequado assim para o operado como para o operador do que o ether.

Hygiene—XIV. O clima dos logares pantanosos pode ser melhorado pelo deseccamento dos pantanos.

Pharmacia—XV. O extracto aquoso de noz vomica somente contem brucina e não strychnina.

Clinica externa—XVI. Em fracturas de ossos simples deve-se applicar quanto antes um apparelho fixo.

Clinica interna—O tratamento da dysenteria é o da inflammação diphtheritica dos intestinos.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

In omni morbo mente valere et bene se habere ad ea quæ offerantur, bonum est, contrarium vero malum.

(Sect. 2.ª, aph. 33.)

II

Cibi, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. 2.ª, aph. 56.)

III

Ex anni autem conditionibus in totum magnes siccitates assiduis imbribus sunt salubriores minusque lethales.

(Sect. 3.ª, aph. 15.)

IV

Lassitudines sponte obortæ morbum denuntiant.

(Sect. 2.ª, aph. 5.)

V

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.

(Sect. 5.ª, aph 3.)

VI

Ad extremos morbos extrema media, exquisite optima.

(Sect. 1.ª, aph. 6.)

Bahia—Typ. de J. G. Tourinho—1872.

Remettida a Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 8 de Abril de 1872.

Dr. Gaspar.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 9 de Abril de 1871.

Dr. V. C. Damazio.
Dr. Augusto G. Martins.
Dr. Claudemiro Caldas.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 9 de Abril de 1872.

Dr. Magalhães,
Vice-Director.